FAIBLESSE CONGÉNITALE

ET

ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Janvier 1901

PAR

Léon LAFOY

Né à Saint-Gengoux-le-National, le 3 Décembre 1870

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER
IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL
ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

—

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM MAIRET (✻)............... Doyen
HAMELIN (✻)............... Assesseur

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT.
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. PUECH.	MM. RAYMOND.
RAUZIER.	VALLOIS.	VIRES.
LAPEYRE.	MOURET.	L. IMBERT.
MOITESSIER.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS
DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BAUMEL, *président.*	MM. PUECH, agrégé.
GRANEL, professeur.	VIRES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE

L. LAFOY.

A Monsieur le Professeur BAUMEL

PRÉSIDENT DE THÈSE

L. Lafoy.

A MES MAITRES DE MONTPELLIER

A Monsieur le Professeur VIRES

MEIS AMICIS

L. LAFOY.

AVANT-PROPOS

Avant de terminer cette dernière page d'études médicales à l'Université de Montpellier pour aller porter, dans la faible mesure de mes forces, la parole qui console et la science qui guérit, qu'il me soit permis ici d'adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui de près ou de loin m'ont dirigé et encouragé.

Sans oublier mes Maîtres de Lyon qui m'ont fait faire mes premiers pas, j'adresse à tous mes Maîtres de l'Université de Montpellier l'expression de ma vive reconnaissance.

Mais que M. le Professeur Baumel, laissant un instant de côté sa modestie, qui n'a d'égale que sa science, qu'il a le secret de rendre accessible à tous, me permette de l'assurer de l'expression de ma meilleure gratitude pour avoir accepté la présidence de ma thèse inaugurale.

Je ne saurais oublier la bienveillance apportée par lui pour guider ma pensée dans ce travail, auquel j'ai essayé autant qu'il m'était possible, de conserver la note particulière du Maître sympathique à tous.

A M. le Professeur Vires, j'adresse l'hommage de ma sincère gratitude.

Que mes amis, et en particulier mon ami Coustan, me permettent de les remercier de l'aide qu'ils ont bien voulu m'apporter.

DIVISION DU SUJET

Après la définition de la faiblesse congénitale et de l'Ictère du nouveau-né, nous ferons l'historique de la question.

En décrivant par après l'Etiologie, la Symptomatologie, la Pathogénie, l'Evolution, le Diagnostic et le Pronostic, nous établirons les rapports intimes entre ces deux affections.

Une fois le traitement institué, nous ferons suivre notre travail d'une intéressante observation recueillie dans la clinique de M. le Professeur Baumel, par M. Coustan, interne du service.

FAIBLESSE CONGÉNITALE

ET

ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ

DÉFINITION

Un nouveau né présente de la faiblesse congénitale quand les principales fonctions de l'organisme s'accomplissent d'une manière imparfaite.

La respiration est à peine sensible, les mouvements d'inspiration et d'expiration, localisés presque uniquement au sommet, sont très faibles.

Comme de plus la cause principale de la faiblesse congénitale est l'accouchement avant terme, le système nerveux central n'est développé qu'incomplètement, aussi l'innervation, l'activité musculaire et la circulation se font mal.

Les mouvements des membres sont faibles et rares, la déglutition et la succion étant difficiles, l'enfant n'a presque pas la force de téter.

La température normale est instable, et cette variabilité extrême, sous l'influence du milieu ambiant, provient de ce que le système nerveux central n'a pas atteint toute sa croissance nécessaire, ainsi qu'il a déjà été dit.

Les phénomènes d'oxydation sont réduits à leur minimum, car il y a atélectasie, et cette atélectasie, en diminuant l'entrée de l'air, favorise la stagnation et la décomposition des mucus pulmonaires, aussi est-il très fréquent de rencontrer de la pneumonie et du muguet.

Les mouvements du diaphragme sont pour ainsi dire nuls, et dès lors pas ou presque pas de mouvement du foie, lequel est relativement plus considérable dans les premières années de la vie que chez l'adulte. A la naissance, il représente 2,39 du poids du corps, chez l'adulte 2,77.

Notons bien ceci, car, par la suite, nous établirons l'influence de ce phénomène sur la production de l'ictère.

Chez le prématuré, le sang est très aqueux, d'où déperdition rapide de chaleur animale, ce qui l'expose au sclérème.

D'une façon générale, l'enfant a une apparence frêle spéciale, les cheveux et les ongles sont moins développés que chez les enfants nés à terme, les os du crâne manquent de solidité.

N'oublions pas que les enfants seraient-ils nés à terme, du moment qu'ils présentent les symptômes de la faiblesse congénitale, ils doivent être traités pour cette affection générale.

Chez les prématurés et les faibles congénitaux, la perte de poids est plus considérable. — 5 °/₀ pour les enfants nés à terme ; 6 °/₀ pour les autres.

Et comme nous le verrons par la courbe des pesées faites dans notre observation, il faut au moins 15 jours pour arriver au poids primitif.

Notons que, lorsque les enfants nés avant terme et les nés à terme atteints de faiblesse congénitale, sont arrivés à la troisième semaine, qu'ils tètent bien et augmentent de poids,

ils se développent presque aussi rapidement que les autres, rattrapant, pour ainsi dire, le temps perdu.

Le nombre des enfants avant terme est assez considérable. D'après Osterlen, 1/19 ; à Moscou, suivant Hugemberger, 9/100, et encore on ne considère que les enfants inférieurs en poids à 2 kil. 500.

Les causes en sont connues.

Ce sont : condition défavorable de milieu et de vie ; travaux de fabrique ; misère ; alcoolisme et maladies générales ; syphilisme surtout ; tuberculose.

Comme on le voit, au sujet de la définition de la faiblesse congénitale, nous avons été amenés à parler de son étiologie et de sa symptomatologie et nous avons pris le nom de *Prématurés*, pour le nom des enfants atteints de *faiblesse congénitale*, qu'ils *soient* ou *non à terme*.

Cette expression indiquant qu'ils ne sont pas arrivés à la période voulue de croissance, de maturité nécessaire pour la vie sans *condition spéciale* de soins.

Au sujet de l' « ictère du nouveau-né », nous savons que ce dernier présente une teinte jaunâtre ictérique, tellement commune qu'on a pu l'appeler physiologique et qu'en médecine légale, la jaunisse est donnée comme un caractère particulier à tous les nouveau-nés.

Cet ictère est plus intense encore chez les prématurés.

Il peut offrir des degrés plus ou moins prononcés en coloration, en étendue, en durée et surtout en gravité. Cette question a été trop définie pour qu'il nous soit nécessaire d'y revenir.

Disons seulement que l'enfant présente une coloration jaune très étendue, la peau n'est pas congestionnée, c'est une coloration « *écorce de grenadier* », les conjonctives ainsi que la voûte palatine sont jaunes.

HISTORIQUE

Au sujet de la faiblesse congénitale, la question a été bien étudiée et établie par Berthod en 1887 et Potel en 1893 ; viennent ensuite les rapports de Labbé au Congrès de Toulouse en 1895 et les diverses études du professeur Baumel parues dans ses leçons cliniques et, peu après, dans le *Montpellier Médical.*

Aussi, aujourd'hui on n'a plus à revenir sur cette question.

Il n'en est pas de même de l'ictère du nouveau-né.

Cette affection est très discutée et les théories au sujet de son étiologie sont très nombreuses.

Levret est le premier qui la distingue de toutes les variétés de jaunisse, après lui Baumes en donne comme cause la rétention du méconium.

Breschet, Billiard, Andral et Valleix qui viennent après font jouer un rôle important à la congestion exagérée de la peau dans sa formation.

Hervieux et Porchat attribuent l'ictère à la résorption de la bile et « l'Ictère Biliphéique » prend naissance dans la littérature médicale.

Avec Gubler et ses élèves en France et Virchow en Allemagne, vient « l'Ictère Hémaphéique. »

Cette théorie est ensuite étudiée et reprise dans les travaux du professeur Baumel faits en collaboration avec le

Dr Boiadjeff (Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, Bordeaux 1895).

Aujourd'hui, avec le professeur Baumel, nous allons essayer de démontrer l'influence de la faiblesse congénitale sur la production de l'Ictère.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans la définition de la « faiblesse congénitale », nous en avons assigné et défini les caractères suffisamment pour qu'il ne nous soit pas nécessaire d'y revenir maintenant, nous réservant dans ce chapitre d'expliquer les liens intimes qui l'unissent à « l'Ictère du nouveau-né ».

Avant d'entrer dans ce qui fait, à proprement parler, la thèse que nous voulons démontrer, nous passerons très rapidement en revue les théories émises pour expliquer l'Etiologie de l'Ictère.

Distingué des jaunisses par Levret, l'Ictère du nouveau-né se voit donné par Baumes comme résultant de la rétention du méconium.

Hervieux et Perchat en voient la cause dans la rétention de la bile dans le sang.

Ponak étudie ensuite l'influence de la ligature du cordon sur sa production.

Pour d'autres, la persistance du canal d'Aranzi en serait l'unique facteur.

Pour Cruse et Epstein, comme dans tous les organes des des nouveau-nés il y a de la desquamation épithéliale, l'ictère n'en serait que la résultante.

Avec Kerher on se rapproche de la question, dans un travail intéressant ; celui-ci étudie l'influence du sexe, des accouchements gémellaires, de la situation du fœtus et de la durée du travail sur la production de l'Ictère.

Aujourd'hui, avec le professeur Baumel, nous prenons comme principe que la cause de l'Ictère chez le nouveau-né atteint *de faiblesse congénitale réside dans la difficulté respiratoire et circulatoire.*

Dans une de ces cliniques faites à l'Hôpital Saint-Eloi, au service des Enfants malades, nous trouvons ces mots: « Dans la circulation fœtale, l'équilibre du foie est mal établi. On a voulu faire jouer un rôle important à l'Ictère infectieux, étant donnés les troubles circulatoires qui se passaient dans le foie. Mais il n'y a rien d'étonnant à cela, la bile stagne, et, quand des micro-organismes y pénètrent en sens inverse de l'issue de la bile, on ne saurait prétendre donner un rôle prépondérant à la Pathogénie de l'Ictère ».

De plus, nous savons que tous les éléments du sang fœtal sont détruits chez tous les nouveau-nés pour être remplacés par des éléments plus viables. Le pigment qui résulte de la destruction des globules est expulsé facilement ou difficilement.

Si les voies émonctoires sont en rapport avec la production du pigment, il n'y a pas de jaunisse ; dans le cas contraire l'Ictère est grave.

Or, qu'avons-nous chez les prématurés : toutes les conditions requises, mouvements du thorax et du diaphragme nuls, le foie n'est pas comprimé, il y a stagnation complète, donc l'Ictère est tout expliqué au point de vue de son étiologie.

Chez les nés à terme, les causes en sont certains modes de présentations (présentation des pieds, tronc, et aussi la longueur du travail), parce qu'alors il y a gêne respiratoire et circulatoire; par suite « de meurtrissure » des muscles entourant ses organes, les mouvements thoraciques sont à peu près nuls, alors le foie n'est pas comprimé par le diaphragme immobile, il ne se vide pas, et dès lors production d'ictère.

Ce qui montre encore l'importance du diaphragme et des mouvements thoraciques, c'est ce que nous voyons en cas de *pneumonie bilieuse à droite*, le foie est comprimé et immobilisé, il y a gêne circulatoire, car, pour nous servir du mot du professeur Baumel : « On peut comparer le foie à une éponge que le diaphragme exprime ».

Plus encore, dans l'asthme, l'emphysème de l'adulte on trouve une teinte subictérique des conjonctives, dans ces affections comme dans la pneumonie bilieuse il y a abaissement du foie d'une façon mécanique par presque immobilité du diaphragme, d'où stagnation, stase sanguine et comme conséquence ictère bénin.

Au point de vue physiologique, nous savons aussi, ceci dit en passant, que, chez le vivant, le volume du foie varie avec les mouvements d'inspiration et d'expiration ; il y a aspiration du sang veineux dans l'inspiration par suite des mouvements diaphragmatiques, et l'effet inverse se produit dans l'expiration, d'où circulation active dans le foie et, dès lors, évacuation des principes qu'il contient.

Donc, chez le nouveau-né comme chez l'adulte, quand il n'y a pas rapport entre production biliaire et mouvement respiratoire et circulatoire, il y a ictère.

Chez le né à terme et chez l'adulte, l'ictère peut exister soit par suite de meurtrissure des muscles dits respiratoires, soit par suite d'affection intéressant l'entrée de l'air dans les poumons ; à plus forte raison quand c'est de l'atélectasie.

L'atélectasie se trouve presque toujours dans le poumon du prématuré et persiste assez longtemps, et le manque de mouvements du thorax et du diaphragme existe par suite de l'état impuissant des muscles à faire ces mouvements d'inspiration et d'expiration.

Ces mouvements existent bien, mais réduits à leur stricte nécessité et localisés à la partie supérieure.

Thorax et Poumon chez le Nouveau-Né

Pour bien comprendre les principes affirmés ci-dessus, il nous faut étudier les rapports du foie et du poumon.

La face inférieure de ce dernier est concave et se moule sur la partie latérale correspondante du diaphragme, qui le sépare à droite du lobe droit du foie, à gauche de ce même organe ; nous ne parlons que des rapports qui nous intéressent.

Le diaphragme a donc une action considérable sur le foie, puisque le professeur Baumel, ainsi qu'il a été dit, a pu comparer le foie à une éponge exprimée par le diaphragme.

En outre, les muscles de la cavité thoracique ont une grande influence ; or, ceux-ci, puisque l'enfant est atteint de faiblesse congénitale, n'offrent pas les conditions requises de force, puisqu'ils ne sont pas parvenus à leur croissance et que le poumon offre une grande résistance, à ce moment, à l'entrée de l'air comme nous allons le voir.

Au moment de la naissance, la pression extérieure que supportait le thorax est réduite à la pression atmosphérique et l'élasticité des côtes tend à dilater le thorax.

Mais cette élasticité est impuissante à rompre l'adhérence des parois des vésicules pulmonaires, les muscles inspirateurs doivent entrer en jeu, et nous savons qu'ils n'arrivent à peine qu'à produire des mouvements localisés à la partie supérieure.

Notons qu'il faut plus de force pour insuffler un poumon atélectasié (à l'état fœtal) que pour dilater un poumon renfermant déjà de l'air.

De plus, ce qui explique la production de l'ictère chez tous les nouveau-nés outre les causes dont nous avons parlé, c'est la situation du foie à ce moment.

La cage thoracique du nouveau-né à terme ou non est déprimée, aplatie littéralement ; l'hypocondre droit perd donc, de ce chef, une partie de l'espace nécessaire pour comprimer le foie, très volumineux à ce moment.

Bien que le poumon droit respire plus tôt et plus énergiquement que le gauche à cause de la direction plus favorable à la pénétration de l'air de la bronche droite, comme la cage thoracique ne peut subir qu'un accroissement régulier et relatif et ne peut s'adapter, grâce à son élasticité, aux nouvelles dimensions des organes qu'il renferme, qu'au bout de quelques jours, le foie n'est déprimé et pressé que très peu ; dès lors stagnation de la bile et mauvaise circulation hépatique, d'où ictère chez tous les nouveau-nés.

Chez le prématuré où ces deux choses, thorax déprimé et bronchioles atélectanées existent à un degré plus considérable, l'ictère sera plus intense.

Pour montrer l'influence du poumon sur le foie, rappelons qu'en médecine légale, on indique la diminution de poids et de volume du foie comme signe important en expertise pour savoir si l'enfant a respiré ou non.

Si, chez les enfants nés à terme, pour les motifs suivants, on trouve de l'ictère, chez les prématurés où nous avons en plus de l'atélectasie nous aurons donc un ictère plus considérable et ajoutons à cela la difficulté d'alimentation de l'enfant, comme nous le verrons dans le traitement de la faiblesse congénitale, sur lequel nous nous étendrons longuement.

En résumé, la pathogénie et l'étiologie de l'ictère résident chez les prématurés, dans la difficulté respiratoire et circulatoire.

PRONOSTIC

Le pronostic est grave pour la faiblesse congénitale, puisque Moriceau a pu écrire au sujet des prématurés : « Il est si rare de voir vivre un enfant dans la suite qui est véritablement né à 7 mois, que de mille, à peine s'en rencontre-t-il un seul qui échappe ».

Aujourd'hui, avec la couveuse, la statistique n'est plus la même, puisqu'à la Grande Maternité, pour des enfants âgés de six mois et demi, on arrive au brillant résultat d'environ 60 % d'enfants sauvés.

D'autre part, nous savons qu'après la troisième semaine, si les enfants sont arrivés au poids primitif et qu'ils tétent bien, on peut les considérer comme sauvés.

Pour l'ictère, le pronostic est bénin.

En résumé, nous disons qu'à 6 mois et demi, le refroidissement étant facile, le pronostic est grave. Mais avec la couveuse, le sein et l'alimentation réglée, l'enfant peut se sortir d'affaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la faiblesse congénitale est facile à faire, elle ne peut que difficilement être confondue avec « l'Athrepsie » ou « le Sclérème.

L'enfant athrepsique téte normalement, bien que maigre et chétif.

Ses membres ne sont nullement proportionnés à l'âge, les muscles ayant subi un notable degré d'atrophie sont à peine appréciables au toucher; la peau qui recouvre les masses musculaires, disparues pour ainsi dire, se ride et se dessèche.

Au reste, cette athrepsie, qui est définie et peut être suivie journellement par la balance, est toujours accompagnée de gastro-entérite.

Puis le sclérème, qu'on rencontre chez les faibles congénitaux, et cela surtout en hiver ; on observe de l'endurcissement de la peau plus particulièrement au mollet, puis ce phénomène se généralise en s'étendant au pied, à la cuisse et au reste du corps.

Par la suite, le poumon est pris ainsi que le thorax, et avec l'asphyxie la mort arrive bientôt.

Au reste, la couveuse a rendu excessivement rare le sclérème sous quelque forme qu'il se présente, rouge ou jaune.

TRAITEMENT

Chez les Prématurés, comme cet état intéresse tous les systèmes, toutes les fonctions et même l'organisme tout entier, le sein de la nourrice fût-il en excellent état, l'enfant aura de la difficulté à le saisir.

Ce n'est pas la volonté ni l'instinct qui empêchent l'enfant de prendre le sein, mais son état de faiblesse, qui ne lui permet pas d'en saisir le bout; ainsi que le dit le professeur Baumel, « l'enfant veut mais ne peut pas téter ».

Il faut donc attendre avec une extrême patience le moment où l'on remarquera des mouvements des lèvres.

Donc, il faudra des seins qui se prêtent facilement aux mouvements de succion, que ces seins soient ceux de la nourrice ou de la mère, mais l'important, c'est l'allaitement maternel. Cruveilhier a dit, il y a longtemps : « le meilleur médicament est le bon lait ».

L'alimentation idéale est l'alimentation au sein, mais il faut qu'elle soit soumise à des règles bien définies.

Remarquons, en effet, que le lait maternel est presque utilisé en totalité.

On arrive, en effet, à la proportion suivante chez l'enfant qui prend du poids, ce qui arrive chez les Prématurés environ 15 jours après la naissance, et pour les autres quelques jours seulement après.

Extrait de lait....	96,11/100			
Graisse..........	96,35/100			
Matériaux azotés..	93,60/100			
Sels minéraux. ..	78/100	dont	Chaux..	59.42
			P^2O^5...	96.63

Ici se place un point important, c'est celui de la règlementation de la tétée; avant de l'étudier demandons-nous pourquoi cela.

La capacité physiologique de l'estomac du nouveau-né augmente rapidement dans les premières semaines de la naissance.

De 30 à la naissance, chez le né à terme, nous arrivons à 90 gr. vers la sixième semaine. Mais, malgré cet accroissement, l'élasticité physiologique de l'estomac n'est pas indéfinie, et, si la quantité de lait est supérieure, il y a dilatation et vomissements. Les mères les mieux intentionnées pèchent par ignorance, ne sachant se limiter.

Il faut proportionner la quantité de lait donnée pour chaque tétée au poids de l'enfant et non à son âge.

Et nous dirons, avec le Professeur Baumel, que le meilleur traitement sera la tétée régulière à chaque heure, ce résultat sera obtenu par la patience et la persévérance chez la nourrice qui surveillera les coups de piston donnés au sein par le bébé.

Il faudra persuader à la nourrice que l'enfant tète.

Au sujet des vomissements, faisons remarquer que leur guérison n'est pas toujours rapide, car l'intolérance gastrique persiste encore longtemps et malgré tous les soins.

Entre temps rappelons qu'il faut proportionner l'âge du lait de la nourrice à celui de l'enfant.

Toutefois si l'enfant ne pouvait *absolument* pas téter, le lait serait donné avec une cuiller à la dose moyenne de 8 gram. environ toutes les heures, nous rappelant que l'alimentation doit être proportionnée au poids.

A propos du « *Garage* », préconisé surtout par Tarnier quand l'enfant avale mal et rejette le lait, ce lait fût-il donné par une nourrice, il faut être très prudent.

En effet, l'estomac chez le nouveau-né a une position verticale qui facilite l'écoulement du contenu stomacal dans l'intestin, la grosse tubérosité n'existe pour ainsi dire pas et n'apparaît que plus tard, et la musculature de l'estomac n'est pas très forte, d'où, si le gavage n'est pas fait d'une façon intelligente et dans les cas d'absolue nécessité, on s'expose à une « œsophagite traumatique, à de l'athrepsie, des vomissements et de la gastro-entérite.

Car, rappelons-nous, l'athrepsie chez les nés à terme survient plutôt par excès de nourriture que par insuffisance. Que dire alors chez les « Prématurés » ?

Nous savons de plus que chez eux la température est instable et sa variabilité extrême sous l'influence du milieu ambiant ; pour y remédier on emploie la « couveuse ».

Autrefois, dit le professeur Vallois dans son livre « Nouveau-né », on se contentait de réchauffer les enfants chétifs en élevant la température de la chambre, enveloppant les enfants avec de la ouate et en les entourant de boules chaudes.

Mais il fallait avec Denucé de Bordeaux, en 1857, arriver à la couveuse ; à propos de certaines nous ferons diverses remarques.

Denucé, de Bordeaux, imagina un berceau en zinc à double fond et à doubles parois entre lesquelles on versait de l'eau chaude qui se renouvelait toujours.

En 1880, Tarnier installe une couveuse à la Maternité et par la suite en fait plusieurs modèles dans chacun desquels il s'efforce de faire disparaître deux choses :

1° Difficulté d'aération de l'intérieur de la couveuse ;

2° Odeur dégagée par lampe chauffeuse.

En même temps on recherchait la vérification facile au point de vue : 1° de la propreté ; 2° de l'antisepsie.

La couveuse métallique du Dr Diffre système Tarnier est

celle employée pour l'enfant qui a fait l'objet de notre travail, mais la lampe à pétrole qui brûle au-dessous et destinée à chauffer l'eau de la bouillotte dégage une odeur assez désagréable.

Aussi M. le professeur Baumel se propose-t-il d'installer dans la crèche de la Clinique infantile une « Couveuse vue chez le professeur Hutinel » (à bouillottes changeantes et à intérieur en porcelaine, n'offrant pas les ennuis précités).

La couveuse Lyon est aussi usitée, surtout depuis qu'elle a été remaniée.

Si le prix des couveuses en verre les rendait abordables, elles seraient préférables à cause de leur facilité d'antisepsie et de la non-conductibilité du verre.

Au sujet de la couveuse, quelle qu'elle soit, on doit prendre les précautions suivantes formulées par le professeur Vallois :

« On doit veiller à l'antisepsie.

Sa température sera constante.

L'air doit y circuler librement à cause des micro organismes. »

Enfin, tout en acclimatant l'enfant peu à peu et graduellement à la température extérieure avant de le retirer de la couveuse, on doit avec soin éviter de le laisser refroidir pendant le changement des langes.

On a préconisé aussi les inhalations d'oxygène, pour la faiblesse congénitale; elles pourraient avoir un certain effet sur les mouvements d'inspiration et d'expiration et, dès lors, sur la décompression du foie et sur l'augmentation de calorique dégagé, ce qui aurait un intérêt et sur l'ictère et sur la variabilité de la température qu'ainsi on rendrait plus stable.

Hutinel a fait des injections hypodermiques de sérum; ces injections faites dans les masses musculaires des lombes auraient en effet pour but de donner à l'organisme un stimu-

R. Eugène – Crèche N° 1

Kilog.	Décembre 11	15	18	22	26	29	Janvier 2	5	8
3		− 52	+ 3	− 15	+ 8	+ 11	+ 30	+ 3	+ 11
2.500									
2									
1.500									
1	1k860	1.650	1.660	1.600	1.635	1.670	1.820	1.830	1.864

lant pour le système nerveux central en état d'infériorité par suite de développement non complètement atteint.

Nous ne citons cette médication qu'à titre de renseignement.

En outre, l'enfant devra être *entouré de soins hygiéniques* très vigoureux, surtout au point de vue des langes, qu'on qu'on renouvellera souvent.

L'enfant sera lavé aussi souvent qu'il le faudra pour éviter l'ophtalmie, et on fera toujours les lavages intra-oculaires, et s'il existait de l'érythème fessier, il faudrait soigner après lavage à l'eau boriquée avec de la poudre de lycopode.

Pour le muguet, qui existe pour ainsi dire toujours, nous conseillons le collutoire suivant, employé par M. le professeur Baumel :

10 gr. aa { Borate de soude / Miel rosat }

en badigeonnages trois fois par jour avec un pinceau de Blaireau.

Soit potion	Cuiller à café dans intervalle des tétées	Eau de chaux	aa 60
		Eau de laitue	
		Sirop 100	
		Teinture de musc 4 gr.	

Pour les maladies intercurrentes, elles seront soignées suivant les indications qu'elles présentent.

Nous avons vu en cours d'études que l'ictère existait par suite de gène respiratoire et circulatoire, que dans la faiblesse congénitale il y avait de l'apnée souvent, de l'atélectasie presque toujours ; pour activer la respiration et la circulation et comme traitement de ces deux choses chez le prématuré, nous indiquons le suivant avec Audebert et Harvie-Dew.

Il faut imprimer à la tête de l'enfant des mouvements d'extension et de flexion. Pendant l'extension le diaphragme se soulève et les côtes se bombent, le thorax augmente de volume, on fait de l'inspiration; de plus par les mouvements imprimés à l'os hyoïde, attiré en bas, il y a excitation de la base de la langue, ce qui rappelle le procédé Laborde dans l'asphyxie.

Dans le mouvement de flexion, il y a diminution de la capacité du thorax et on peut ainsi expulser la mucosité pouvant gêner la respiration.

En imprimant ainsi ces mouvements, on réveille le réflexe respiratoire, les alvéoles se déplissent, il y a activité respiratoire et circulatoire, augmentation de combustion et dès lors température plus élevée, ce qui est nécessaire pour les faibles congénitaux.

Comment s'effectuent ces mouvements : l'accoucheur assis tient sur ses genoux l'enfant en décubitus dorsal, la main gauche maintient les membres inférieurs, la main droite est sous la tête de l'enfant, et, ainsi placée, la paume embrassant la nuque et l'occiput, le pouce au niveau de l'oreille gauche, les autres doigts sont derrière l'oreille droite.

Dans la flexion, la main droite soulève la tête jusqu'à ce que le menton touche le sternum ; dans l'extension, c'est-à-dire la tête ramenée en arrière, le thorax se bombe.

TRAITEMENT DE L'ICTÈRE

Pour le traitement de l'ictère il n'y a presque pas de médication. Car, en soignant la faiblesse congénitale, en activant les mouvements du diaphragme et du thorax, on effectue l'écoulement de la bile, d'où disparition de l'ictère.

Les eaux de Vals et de Vichy, employées par quelques-uns, offrent l'inconvénient assez grave de dilater l'estomac

par l'acide carbonique qu'elles mettent en liberté (Baumel).

L'eau de Vittel jouit d'une meilleure réputation ; comme aussi on doit chercher une bonne alimentation et une bonne absorption, on ne devra employer les alcalins qu'avec prudence, car ils pourraient contrarier la nutrition (Baumel).

Pour les constipations très fréquentes, nous emploierons la glycérine solidifiée en suppositoire.

En résumé :

Emploi de la couveuse et alimentation au sein bien réglée pour la faiblesse congénitale.

Pour l'ictère, le pronostic en étant toujours bénin, il nous semble inutile d instituer un traitement pour cette affection qui, comme nous l'avons démontré, est subordonnée à la faiblesse congénitale et disparaît avant elle.

CONCLUSIONS

La faiblesse congénitale qui peut atteindre les nouveau-nés est surtout l'apanage des prématurés, c'est-à-dire des enfants nés avant terme.

Il serait à souhaiter que l'épithète de prématuré s'appliquât à tous les enfants atteints de faiblesse congénitale, qu'ils soient ou non à terme.

Comme chez eux, les mouvements du thorax s'effectuent mal et très peu, qu'il y existe du muguet souvent, que le poumon est souvent atélectasié à la base, il y a difficulté *respiratoire et circulatoire.*

Le foie n'évacuant pas assez vite ses produits, par suite dès lors de stagnation de la bile et des pigments détruits, il y a production « *d'ictère* ».

Donc, il n'y a pas de rôle prépondérant à donner à la pathogénie de l'ictère.

Il ne faut pas confondre cette faiblesse congénitale avec l'athrepsie et le sclérème.

Le pronostic est d'autant plus réservé que la faiblesse congénitale est plus intense.

Grâce à la couveuse et à la bonne règle des tétées faites au sein de la mère, la faiblesse congénitale est très curable, puisqu'on arrive ainsi, chez les prématurés même de 6 mois 1/2, à la statistique de 65 % de sauvés, et, d'après M. Baumel, cette statistique devrait être bien meilleure, on pourrait arriver à 80 et 90 %, si l'on pouvait avoir une température constante et normale.

Observation

Clinique des maladies des enfants. — Service de M. le professeur Baumel.
(Faiblesse congénitale et Ictère du Nouveau-Né).

Eugène R., , 4 jours, entre à la Clinique des maladies des enfants Crèche des enfants malades, lit n° 1, le 10 décembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ;
Mère bien portante et primipare ;
Pas de syphilis ni chez le père, ni chez la mère.

Antécédents personnels. — Né avant terme à 6 mois 1/2.
Normalement conformé.

Etat actuel. — A son entrée dans le service, on constate chez cet enfant un faciès jaunâtre et violacé par endroits ;
Muguet sur la langue et l'arrière-gorge ;
L'Enfant est en état de *faiblesse congénitale* très prononcée ;
Il est atteint de plus à l'œil droit d'ophtalmie purulente;
Ayant été nourri à la cuiller pendant les premiers jours, et ne faisant aucun effort pour saisir le bout du sein qu'on lui présentait, il est mis dès son arrivée à l'hôpital dans la couveuse du docteur Diffre (système Tarnier).

Diagnostic. — *Faiblesse congénitale* et *ictère du nouveau-né.*
11 Décembre. — Une nourrice lui est affectée. Une fois mis au sein, l'enfant a beaucoup de difficulté à le saisir, et il n'y a presque pas ou peu de mouvements de succion effectués par les lèvres.
Poids 1.860 (voir courbe).
12. — L'Enfant, parvenu à saisir le bout du sein, tête avec

beaucoup de difficulté, de peine et très lentement avec pauses assez marquées.

Traitement. — Couveuse à température constante de 28° à 32°.

Tétées fréquentes, en général toutes les heures.

Pour l'ictère pas de traitement.

Pour le muguet { Borate de soude. / Miel rosé. } *ââ* 10 grammes

13. — Même état : Les tétées sont plus fréquentes et les mouvements des succions plus rapides ;

Matières fécales examinées de près sont verdâtres couleur épinard ;

Linge taché en jaune-brun acajou par l'urine ;

Ictère diminue ;

14. — L'Enfant téte mieux et plus régulièrement.

15. — Même état. Poids : 1.650 (voir courbe) ;

Diminution sur le poids précédent de 52 grammes par jour ;

Le cordon est tombé.

16, 17, 18. — Même état : Le 18, poids 1.660, d'où augmentation de 3 grammes.

19, 20, 21. — Même état : Une amélioration sensible est pourtant constatée ;

L'ictère a à peu près disparu ;

Les matières sont moins vertes ;

Le linge est moins coloré par l'urine.

22. — Poids : 1.600, diminution de 15 grammes par jour.

23, 24, 25. — Amélioration sensible ;

L'enfant téte maintenant normalement ;

Constipé depuis trois jours, au moyen de suppositoires à la glycérine solidifiée on le fait aller du corps.

26. — Même état : Les matières fécales tendent à perdre leur coloration verte ;

Poids : 1.635 (augmentation de 8 grammes par jour).

27. — L'Enfant présente un faciès rosé ;

Aucune tache sur les joues, ni sur le front comme au début;

Va régulièrement du corps ;

Le lange n'est plus taché par l'urine ;

Enfin la nourrice nous dit que l'enfant prend plus facilement et avec plus d'appétit le sein.

Du 29 décembre 1900 au 8 janvier 1901. – Les pesées donnent :

29 Décembre	=	1.670	— donc	+ 11	gramm.
2 Janv. 1901	=	1.820	— —	+ 30	—
3 —	=	1,830	— —	+ 3	—
8 —	=	1.864	— —	+ 11	—

Au moment où nous terminons l'observation, l'enfant se porte bien ; il tète plus que précédemment et ses fonctions gastro-intestinales sont devenues normales. Il paraît sauvé et il a dépassé le poids normal du premier jour, c'est-à-dire du 11 décembre 1900.

BIBLIOGRAPHIE

Baumel. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1892. — Congrès de Pédiatrie (Bordeaux, 1895, en collaboration avec Dr Boïadjeff). Montpellier médical (Passim).
Despine et Picot. — Traité pratique des maladies de l'enfance.
Labbé — Faiblesse congénitale (Congrès de Toulouse, 1895).
Porrack. — Passim dans thèse et rapport d'assistance publique.
Vallois. — Du nouveau né (Montpellier, 1900).
Variot. — Journal de Clinique et thérapeutique infantiles, 1899.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 Janvier 1901
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 Janvier 1901.
Le Doyen.
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.